

ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

Année 1935

N° 25

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT VÉTÉRINAIRE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1935

PAR

Jean BAUSSANT

Né le 29 Octobre 1908, à LORRIS (Loiret)

Essai d'une Technique d'Hystérectomie
chez les Carnivores Domestiques

JURY

Président : M. PROUST, Professeur à la Faculté de Médecine.

<i>Assesseurs</i> : M. LESBOUYRIES	} Professeurs à l'Ecole Nationale Vétéri- naire d'Alfort.
M. COQUOT	

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1935

Essai d'une Technique d'Hystérectomie
chez les Carnivores Domestiques

ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

Année 1935

N° 25

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT VÉTÉRINAIRE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1935

PAR

Jean BAUSSANT

Né le 29 Octobre 1908, à LORRIS (Loiret)

**Essai d'une Technique d'Hystérectomie
chez les Carnivores Domestiques**

JURY

Président : M. PROUST, Professeur à la Faculté de Médecine.

<i>Assesseurs</i> : M. LESBOUYRIES	{ Professeurs à l'Ecole Nationale Vétéri- naire d'Alfort.
M. COQUOT	

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1935

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'ÉCOLE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

Directeur honoraire : M. H. VALLÉE, inspecteur général honoraire des services vétérinaires.

Professeurs honoraires . MM. G. BARRIER, inspecteur général honoraire des Ecoles Vétérinaires ; H. VALLÉE, DECHAMBRE, PEIT.

DIRECTEUR :

M. C. BRESSOU, directeur de l'Institut de Médecine Vétérinaire Exotique.

PROFESSEURS ET CHARGÉS DE COURS

CHAIRES	MM.
1° Physique. Chimie et Toxicologie. Pharmacie. Inspection du lait.	N...
2° Anatomie descriptive systématique, topographique et appliquée des animaux domestiques. Tératologie	BRESSOU.
3° Physiologie. Thérapeutique générale.....	MAIGNON.
4° Agronomie et hygiène. Botanique et aliments du bétail. Matière médicale.....	SIMONNET.
5° Anatomie pathologique. Histologie. Embryologie. Technique des autopsies. Autopsies médico-légales. Inspection des viandes. Industrie et contrôle des autres produits animaux.....	VERGE.
6° Parasitologie et maladies parasitaires. Dermatologie et séméiologie de la peau. Zoologie appliquée. Clinique des maladies parasitaires et dermatologiques.....	HENRY.
7° Pathologie médicale. Séméiologie et Propédeutique. Jurisprudence vétérinaire. Médecine légale. Déontologie. Clinique médicale.....	ROBIN.
8° Pathologie chirurgicale. Séméiologie. Médecine opératoire et ferrure. Clinique chirurgicale.....	COQUOT.
9° Pathologie bovine, ovine, caprine et porcine ; maladies des animaux de basse-cour. Séméiologie. Médecine opératoire. Obstétrique. Clinique spéciale.....	LESBOUYRIÈS.
10° Pathologie générale. Maladies microbiennes et police sanitaire. Microbiologie. Clinique spéciale.....	PANISSET.
11° Zootechnie et appréciation des animaux domestiques, Economie rurale.....	LETARD.

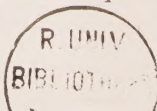
AGRÉGÉS ET CHEFS DE TRAVAUX

MM. BERTHELON, BRION, CARPENTIER, VALADE, GORET, MONVOISIN, MOUSSU.

AGRÉGÉS CHARGÉS D'ENSEIGNEMENT

MM. CORDIER et THIEULIN.

La Faculté de Médecine et l'Ecole Vétérinaire déclarent que les opinions émises dans les dissertations qui leur sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles n'entendent leur donner ni approbation, ni improbation.



A MES PARENTS

Témoignage de reconnaissance pour les sacrifices qu'ils se sont imposés afin de nous permettre de poursuivre nos études : qu'ils trouvent dans cet humble travail une preuve de notre grande affection.

A MA SOEUR

A MON FRÈRE

A MA TANTE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST
de la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LESBOUYRIÈS
de l'Ecole Vétérinaire d'Alfort

Témoignage de reconnaissance pour
la grande bienveillance qu'il n'a cessé
de nous prodiguer durant ce travail.

Sincères remerciements et très respectueux hommages.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COQUOT
de l'Ecole Vétérinaire d'Alfort

Hommage de notre estime et de
notre respectueuse gratitude.

A NOS MAÎTRES DE L'ECOLE D'ALFORT

A MONSIEUR BRUNE

Directeur des Services Vétérinaires d'Eure-et-Loir

En témoignage des conseils dévoués
qu'il nous a toujours donnés.

Sincère reconnaissance et respec-
tueux hommages.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROGER

Vétérinaire à Château-Thierry

Qui a bien voulu nous soumettre
l'idée de ce travail et qui nous donna
les premières notions pratiques pro-
fessionnelles avec un rare désintéres-
sement.

Témoignage de notre admiration et
de notre reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550404_0075

Essai d'une Technique d'Hystérectomie chez les Carnivores Domestiques

INTRODUCTION

A la liste déjà longue des diverses méthodes d'hystérectomie abdominale chez les petites femelles domestiques, nous nous permettons d'en ajouter une autre.

Cette dernière, comme les précédentes, comporte des avantages et des inconvénients, que nous discuterons au cours de notre exposé.

Or, s'il est bien difficile de dire telle méthode vaut mieux que telle autre, il n'en est pas moins vrai que seul le praticien en présence d'un cas pathologique est apte à faire un choix judicieux d'une technique.

On ne doit pas appliquer systématiquement un seul procédé en toutes les circonstances, mais il semble plus prudent de subordonner la méthode au cas particulier : ainsi une forte chienne présentant un moignon dont la séreuse utérine est épaisse sera plus facile à opérer par les procédés de péritonisation COQUOT et BRON qu'une petite femelle au péritoine fragile ; pour celle-ci, le mieux sera de recourir au procédé d'invagination du moignon ou à la méthode de PORRO.

L'hystérectomie s'impose souvent dans les cas de dystocies foetales et toujours dans ceux de pyomètres.

La métrite et le pyomètre si fréquents chez la chien-

ne et chez la chatte sont rebelles à toute médication et bien rares sont les guérisons obtenues par ce procédé.

Cependant signalons ici que les irrigations utérines faites à l'aide d'une solution ionisée dite « électrosérum » utilisée par M. VASLOT, étudiant à l'Ecole d'Alfort, sembleraient donner des résultats satisfaisants.

Lors de nos premières opérations, vu le peu de longueur du conduit vaginal et la présence du méat urinaire situé environ au milieu du plancher du vagin, nous nous sommes abstenu de pratiquer l'hystérectomie totale et nous sectionnions toujours le corps de l'utérus en son milieu, nous faisons donc l'hystérectomie sub-totale ; nous laissons une poche entre l'extrémité du moignon et le col utérin qui pouvait collecter du pus et entraîner la mort par péritonite.

C'est pourquoi aujourd'hui nous conseillons l'hystérectomie totale quand les circonstances qui s'offrent au praticien le permettent.

Cette hystérectomie totale est peut-être plus délicate, mais en revanche elle augmente les chances de réussite.

Si le procédé de péritonisation COQUOT et LAMY est applicable chez la chienne présentant une séreuse utérine assez résistante, il faut bien avouer que le fait de décoller un tel manchon séreux d'une assez grande fragilité autour du moignon n'est pas à la portée de tous les praticiens et qu'il faut vraiment posséder une grande dextérité manuelle pour parvenir à un très bon résultat.

Aussi nous a-t-il paru plus simple d'utiliser le ligament large comme manchon de protection.

Encouragé par M. le Professeur LESBOUYRIÈS et par MM. BRUNE et ROGER, nous avons expérimenté et nous avons décidé de faire de ce travail l'objet de notre thèse en l'intitulant: « Essai d'une technique d'hystérectomie chez les carnivores domestiques ».

DE L'HISTORIQUE

L'opération césarienne, qui est l'ancêtre de l'hystérectomie, remonte au xvi^e siècle, elle fut exécutée par un châtreur de porcs qui opéra sa femme avec succès.

Durant les années 1825 à 1830, LIZARS, D'OFFENBACH et GRANVILLE remarquaient sur l'utérus l'existence de grosses tumeurs et déduisaient de cette affection un pronostic très sombre et n'osaient intervenir chirurgicalement.

Vers 1855, BURHAM et KIMTALL réussissent chacun à pratiquer une amputation partielle avec guérison ; mais ces chirurgiens téméraires ne pouvaient faire école faute de technique.

C'est alors qu'en 1863, avec KOBERLÉ et qu'en 1869 avec PÉAN s'ouvre une période de grande importance dans l'histoire de l'hystérectomie.

Ainsi nous pouvons affirmer que même en chirurgie humaine les premières hystérectomies ne furent guère exécutées qu'en 1870.

PORRO imagina son fameux traitement du moignon qui eut un grand succès, il consistait à suturer le moignon aux lèvres de la plaie abdominale. Cette technique fut employée par les chirurgiens FOCHER, TARNIER et LUCAS CHAMPIONNIÈRE.

Alors que PORRO faisait son traitement extra-péritonéal du pédicule en le ligaturant par un lien métal-

lique, ce lien fut abandonné par MARTIN, qui proposa la ligature élastique au Congrès des Naturalistes allemands tenu à Cassel en 1898.

SCHROEDER, le premier osa abandonner le moignon dans l'abdomen ; comme il y eut des accidents, MEINERT ouvrit le cul-de-sac de Douglas pour retourner le pédicule dans le vagin.

Par suite d'insuccès on revint au procédé de SCHROEDER, on le modifia en fixant le pédicule au contact de la paroi abdominale.

En 1886, SOENGER tenta un traitement du moignon par péritonisation avec suture séro-séreuse.

Cette technique provoqua un juste retentissement et malgré quelques retouches faites par FREUND, le principe de la méthode fut conservé. Puis elle tomba dans l'oubli et PÉAN utilisa une méthode mixte en accédant par les voies abdominale et vaginale ; il pratiquait l'amputation supra-vaginale et le moignon suturé par un fil élastique était extirpé par le vagin ; ce procédé ne fut pas apprécié et la méthode de FREUND fut reprise par MARTIN et plus tard par DOYEN. Ce dernier perfectionna la technique et la fit valoir en présentant des succès sans cesse croissants.

Cette méthode n'était à utiliser que dans les cas de fibromes ; pour le traitement de petites tumeurs utérines mieux valait opérer par voie vaginale.

Si autrefois le chirurgien appréhendait l'hystérectomie, en revanche, de nos jours les diverses hystérectomies sont exécutées couramment ; peut-être faut-il attribuer une grande part des succès à l'outillage qui se perfectionne chaque jour.

Il nous paraît inutile de citer d'autres méthodes qui

n'ont rien de très scientifique, mais qui cependant pourraient présenter un intérêt ; car elles sont en quelque sorte acrobatiques et dénotent de la part des chirurgiens une grande habileté professionnelle. Nous voulons faire allusion aux hystérectomies par voie sacrée et par voie paracoccygienne.

De l'historique en chirurgie vétérinaire

Nous nous empressons de dire, que vu la sensibilité et la fragilité du péritoine des carnivores, une opération telle que l'hystérectomie chez la chienne est très délicate; sans doute faut-il voir ici la cause qui a retardé la mise en pratique de cette opération dans notre chirurgie.

Remarquons qu'en 1895 LIENAU, de l'Ecole belge de Cureghem, tente sur cinq chiennes l'hystérectomie sub-totale par la méthode de PORRO.

Obtenant d'heureux résultats, il fit école et la méthode fut longtemps utilisée par de nombreux praticiens.

En 1902, SPARTZ réussit une hystérectomie en incisant le flanc à un travers de doigt au-dessus de l'angle de la hanche.

En 1903, BOUCHET revient à l'hystérectomie abdominale par la ligne blanche et fait l'évidement du moignon au thermocautère ; cette précaution n'évitait pas pour cela l'infection péritonéale ; c'est alors que POST fit l'invagination du moignon et le fermait par une suture séro-séreuse non perforante.

D'autres essais furent tentés à l'imitation de la chi-

rurgie humaine et ne donnèrent que rarement d'heureux résultats.

En 1906, **BERGEON**, dans une communication au « Recueil de Médecine vétérinaire » propose l'ablation totale avec castration après ligature sur le segment postérieur du vagin.

En 1914, **CHARMOY** opère par voie inguinale une hystérectomie partielle ménageant les ovaires mais comprenant le col utérin et la partie antérieure du vagin.

Dans le « Recueil de Médecine vétérinaire » de l'Ecole d'Alfort du 15 septembre 1915, M. le Professeur **COQUOT**, en collaboration avec MM. **LEBASQUE** et **MENNERAT**, firent paraître une méthode de péritonisation très intéressante, inspirée de la chirurgie humaine.

Elle avait pour but de décoller le péritoine au niveau du cul-de-sac vésico-utérin, de placer le moignon vaginal en dehors de la cavité péritonéale et d'éviter ainsi la péritonite ; son application, quoique délicate, donna toute satisfaction à ses auteurs puisque sur sept chiennes opérées il n'enregistrèrent qu'une mort.

Cette opération minutieuse n'est pas à la portée de tous et même un praticien adroit, étant donné que le plus souvent il est seul, ne peut réussir une telle opération.

M. **TWFICK**, en 1927, décrit dans sa thèse une technique sensiblement analogue au procédé de MM. **COQUOT**, **LEBASQUE** et **MENNERAT**.

Dans le « Recueil de Médecine vétérinaire » de l'Ecole d'Alfort du mois de janvier 1931, le Professeur **COQUOT**, en collaboration avec E. **LAMY**, publie un article très intéressant au sujet de la technique de l'hystérectomie chez la chienne.

En 1931, M. COURRÈGES présente dans sa thèse, une méthode de péritonisation intéressante ; il procède au décollement circulaire de la séreuse du cul-de-sac vésico-vaginal ; ensuite l'opérateur fait successivement l'invagination du moignon et la péritonisation de ce moignon à l'aide du lambeau séreux.

L'année suivante, le Docteur BRON, vétérinaire à Grenoble, publie dans le « Recueil de Médecine vétérinaire » de l'Ecole d'Alfort du mois de janvier un autre procédé de péritonisation consistant à amener le moignon en dehors de la cavité péritonéale en fixant la matrice en dehors de la plaie péritonéale ; ainsi les manipulations sur le moignon se font en dehors de la cavité péritonéale fermée et suturée ; plus tard si la suppuration apparaît elle s'effectuera en dehors de la cavité abdominale, c'est donc une marsupialisation peu différente de celle de PORRO.

Nous signalons à côté de ces différentes techniques d'hystérectomie, l'hystérectomie vaginale qui est indiquée chez les grandes femelles domestiques dans le cas de renversement utérin quand la masse utérine a subi des mutilations trop grandes ou une gangrène trop avancée.

Nous indiquerons rapidement ce procédé ; il est d'ailleurs assez simple ; il faut au préalable s'assurer que dans la masse il n'y a ni anses intestinales, ni vessie : on procède à l'antisepsie de la masse et on applique une ligature élastique ; ligature faite à l'aide d'un caoutchouc plein à section carrée placé à trois centimètres en arrière du méat urinaire ; cette ligature est serrée énergiquement. On sectionne ensuite à cinq centimètres derrière elle et l'on adosse par un surjet les deux lèvres de la plaie.

La ligature élastique ne contenta pas tous les auteurs, aussi WILLIAMS la modifia-t-il à nouveau et utilisa un procédé personnel.

Cette intervention, avons-nous dit, utilisée chez les grandes femelles, entraîne des coliques très graves et peut même amener la mort par septicémie.

Il faut cependant reconnaître que c'est une opération de nécessité parfois utilisée.

ANATOMIE DES ORGANES GENITAUX

Avant d'exposer notre technique opératoire nous tenons à rappeler succinctement l'anatomie des organes génitaux de nos petites femelles carnivores.

1. — Ovaires

Chez la chienne comme chez la chatte les ovaires sont de petits organes ovalaires allongés, dont la surface est bosselée de proéminences formées par les follicules de DE GRAFF : on ne peut guère y distinguer un hile.

Les ovaires sont situés relativement très en avant dans la direction du thorax entre la dernière côte et l'angle externe de l'ilium ou épine iliaque antérieure. Ils reposent directement sur la paroi abdominale, dans l'endroit où se rencontrent la face latérale et la face dorsale de cette dernière ; notamment entre l'extrémité pelvienne des reins et les extrémités des cornes de l'utérus tournées vers les trompes de FALLOPE.

L'ovaire gauche est souvent situé plus en avant que l'ovaire droit.

Les ovaires sont fixés aux organes que nous venons de nommer ; ainsi qu'à la colonne vertébrale par les replis du péritoine.

Le péritoine forme en outre pour chaque ovaire un sac, le sac ovarien ou bourse de l'ovaire dans lequel les ovaires sont logés de telle façon qu'on ne les aperçoit guère au dehors ; il faut pour les voir, les exprimer du sac ; chacun de ces sacs a ses parois remplies de graisse et pourvues d'un étroit orifice en forme de fente situé du côté ventral et interne.

Le sac est formé de deux replis péritonéaux qui prennent leur origine sur les reins ou au voisinage de ces derniers, sur la colonne vertébrale ; ces replis sont pourvus de fibres musculaires et envoient vers l'utérus deux plis, le pli de la trompe de FALLOPE et le ligament de l'ovaire ; ces deux plis principaux doivent représenter le ligament ovario-rénal externe et le ligament ovario-rénal interne. Le ligament externe va du bord externe de l'orifice du sac vers le bord convexe du rein et se prolonge presque au voisinage de la dernière côte. On peut l'appeler aussi ligament ovarien antérieur ou ligament suspenseur.

Le ligament interne se dirige vers le bord aboral du rein.

2. — Les trompes de Fallope

Les trompes sont courtes, sept à huit centimètres ; elles se dirigent d'abord en ligne courbe vers le thorax, puis vers le bassin et se trouvent prises dans un repli péritonéal (pli de la trompe de FALLOPE). Elles offrent un orifice étroit du côté de l'utérus et un large orifice plissé en forme de trompe (pavillon de la trompe) du côté abdominal dans le sac ovarien même. On

voit difficilement les trompes dans le sac, à cause de la grande quantité de graisse que renferme ce dernier.

3. — Utérus

L'utérus comprend trois parties distinctes, un corps et deux cornes.

Le corps de l'utérus n'existe pas à proprement parler, il est plutôt formé par un adossement des deux cornes utérines.

Or, c'est un utérus double ; au lieu d'un corps il présente une cloison médiane qui sépare les deux cornes et s'étend jusqu'à l'orifice interne unique, commun aux deux cornes. De ce soi-disant corps de l'utérus partent comme les branches d'un V les cornes très longues ; elles ne sont réunies que sur un court espace par un ligament qui passe au-dessus du sommet de la fente, qui se trouve entre les deux cornes.

Ce ligament n'est autre chose que la portion du péritoine passant d'une corne à l'autre. D'ailleurs l'espace entre les cornes est libre et celles-ci ne sont fixées que latéralement.

4. — Le col

Le corps apparent de l'utérus se continue par une section plus étroite qui représente jusqu'à un certain point, la portion très courte qui réunit le vagin aux deux cornes et qui est considérée comme faisant partie de l'utérus et appelée col de l'utérus. C'est un organe presque cylindrique contenant des fibres mus-

culaires, pourvu d'un canal très étroit, le canal cervical qui débouche d'une part dans l'utérus (orifice utérin) et d'autre part dans le vagin (orifice vaginal). Les deux sont étroits ; quant au col lui-même il est moins large que les cornes ; il est recouvert d'une muqueuse dépourvue des plis qui forment chez les autres espèces la « fleur épanouie » ; ici le museau de tanche est la proéminence du col de l'utérus dans le vagin.

5. — Le vagin

Le vagin est relativement long, il a l'aspect d'un cône dont le sommet est le museau de tanche et la base la vulve. Sa muqueuse plissée longitudinalement se termine vers l'utérus en entourant le museau de tanche qui fait saillie en forme de papille conique arrondie ; cette muqueuse vaginale est très épaisse en cet endroit. Le vagin se trouve dans la cavité pelvienne entre le rectum du côté dorsal et la vessie du côté ventral ; il est uni à ces deux organes par les ligaments latéraux. C'est ainsi que se forme le cul-de-sac recto-utérin ou de Douglas.

L'extrémité antérieure du vagin dépasse le bord antérieur du pubis et se trouve dans la cavité abdominale du côté dorsal de la vessie. Le vestibule du vagin est assez long ; il est séparé du vagin par un bourrelet transverse ventral qui se continue latéralement par de petits replis muqueux représentant les rudiments d'un hymen ; la muqueuse du vestibule est lisse. Du côté caudal de la limite entre le vagin et le vestibule, par con-

séquent sur le bourrelet transversal que nous venons de décrire, on voit dans la direction ventrale, un petit orifice par lequel l'urètre, muni chez la chienne d'un corps caverneux, débouche dans le vagin.

La musculieuse rosée est traversée par un grand nombre de réseaux veineux. Entourée dans sa partie postérieure par un tissu conjonctif abondant, elle est en contact dans la portion antérieure avec le péritoine qui forme les deux replis vésico-vaginal et recto-vaginal. Les faisceaux musculaires sont irréguliers et souvent disposés en plexus autour des vaisseaux.

6. — Ligaments de l'utérus

Ou ligaments larges. Contrairement à ce qui est écrit dans différents ouvrages, nous trouvons que les cornes et le corps de l'utérus sont soutenus dans la cavité abdominale par des ligaments en général assez développés.

Ces ligaments ne sont pas triangulaires comme chez les autres espèces ; ils sont en demi-cercle.

On voit des deux côtés un large repli péritonéal s'attacher au bord externe des cornes au soi-disant corps de l'utérus, à une partie du vagin, aux trompes de Fallope et à l'ovaire et envelopper ces organes.

Les ligaments des deux côtés opposés se confondent près du col en passant par-dessus l'espace qui sépare les deux cornes. Ces replis péritonéaux se comportent envers les organes qu'ils entourent comme le mésentère envers l'intestin.

Ce sont en somme les diverticules, du péritoine dans

lesquels est placé l'utérus et qui renferment beaucoup de tissu adipeux et des muscles lisses.

En dehors, chacun des ligaments larges forme un repli, espèce de corde arrondie ou de plaque mince et basse ; c'est le ligament rond.

Il se porte de l'extrémité de la corne de l'utérus vers le canal inguinal par lequel il sort au dehors en s'amin-
cissant graduellement ; on peut le poursuivre presque jusqu'au pubis, où il se perd dans l'épaisseur du derme.

A l'endroit où le ligament sort du canal il s'attache un muscle grêle, insignifiant, qui vient des tendons des muscles abdominaux et accompagne le ligament chez les chiennes de grande taille sur une longueur de quatre à cinq centimètres (c'est l'homologue du crémaster).

Vascularisation des organes

Nous considérons trois vascularisations.

a) Vascularisation utéro-ovarienne.

b) Vascularisation utérine.

c) Vascularisation vaginale.

a) VASCULARISATION UTÉRO-OVARIENNE.

L'artère utéro-ovarienne correspond à l'artère spermatique interne du mâle et prend naissance sur l'aorte postérieure.

Elle irrigue latéralement le pédicule ovarien où elle donne deux branches principales.

L'une forme avec les veines correspondantes le plexus

ovarien; l'autre descend le long des oviductes entre les deux séreuses du ligament large et vient s'anastomoser avec l'artère utérine.

Cette artère est assez grosse et assez flexueuse dans son trajet sur le pédicule ; il faut signaler la veine utéro-ovarienne correspondante qui va se jeter dans la veine cave postérieure au-dessous des veines rénales.

b) VASCULARISATION UTÉRINE.

L'artère utérine (e), issue de l'aorte postérieure par l'intermédiaire de l'artère hypogastrique (c), appelée

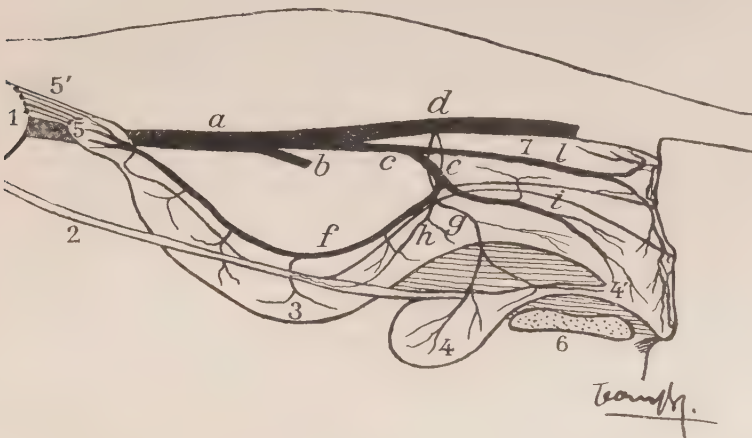


FIGURE 1

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. Rein. | a. Aorte. |
| 2. Uretère. | b. Artère fémorale gauche. |
| 3. Utérus. | c. Artère hypogastrique gauche. |
| 4. Vessie. | d. Branche pariétale de l'artère hypogastrique gauche. |
| 4'. Col de la vessie. | f. Artère utérine. |
| 5. Ovaire. | |
| 5'. Ligament ovario-rénal. | |
| 6. Symphyse du bassin. | |

encore branche viscérale, passe entre les feuilletts séreux des ligaments larges où elle se divise en deux

branches : l'une, la branche antérieure (*f*), s'anastomose avec l'artère utéro-ovarienne ; l'autre, la branche postérieure (*i*), s'anastomose avec l'artère vaginale (*l*).

La flexuosité de cette artère est bien marquée, surtout chez les multipares, elle est aisée à suivre le long du bord inférieur des ligaments larges et sur les parois latérales du corps de l'utérus. La veine satellite de cette artère apparaît volumineuse et va s'aboucher dans la veine cave postérieure.

c) VASCULARISATION VAGINALE.

L'artère vaginale vient de l'artère honteuse interne (*l*), elle irrigue les parois vaginales et rend difficile une hémostase de cet organe.

Nous venons de parler rapidement des différents organes génitaux, ainsi que de leur irrigation ; cependant nous n'avons rien dit de la vascularisation des ligaments larges et pour cause puisque ces ligaments chez nos aminaux sont peu vascularisés ; or, nous profiterons de cette particularité anatomique pour nous servir de ces ligaments séreux dans notre opération.

LES AFFECTIONS DE L'UTERUS NECESSITANT L'HYSTERECTOMIE

Précédemment nous indiquions combien, en général, se montraient vains les traitements médicaux des affections de l'utérus et combien il valait mieux le plus tôt possible recourir aux traitements chirurgicaux.

Nous classerons les affections de l'utérus en trois catégories, suivant qu'elles apparaissent avant le part, au moment du part ou après le part.

1° Affections survenant avant le part

L'HYSTÉROCÈLE est le passage de l'utérus soit à travers une ouverture survenue accidentellement, soit par l'anneau inguinal ; ce dernier cas est assez fréquent.

Cette position pathologique de la matrice est due soit à des coups, soit à des contractions abdominales énergiques ainsi sous l'influence de ces contractions et à la faveur d'un point faible de la paroi abdominale l'utérus a pu faire hernie ; enfin soit à un affaiblissement des aponévroses des muscles abdominaux. Cet hystérocèle n'a rien de bien inquiétant ; mais au moment de la conception, quand un ou plusieurs ovules fécondés s'arrêtent et se développent dans la partie

herniée, le pronostic du part s'assombrit ; en effet, le fœtus étant développé au moment de l'accouchement, ne peut être expulsé par les seules contractions utérines et si le chirurgien n'intervient pas, le jeune se trouve emprisonné et voué à la mort. Ce dernier accident survient bien souvent, amenant de l'infection utérine ; aussi sommes-nous souvent dans l'obligation de pratiquer l'hystérectomie.

RUPTURE UTÉRINE. — Au cours de la gestation, sous l'influence des contractions violentes de l'utérus, de la faiblesse de sa paroi et des traumatismes, la matrice peut se rompre soit longitudinalement, soit transversalement et il est bien souvent de toute urgence d'avoir recours à la chirurgie pour éviter une issue fatale.

2° Affections survenant pendant le part

Les dystocies peuvent être le résultat soit d'angustie pelvienne, soit d'excès de volume de la part du fœtus.

L'angustie pelvienne peut provenir du fait que le bassin est trop petit ou mal conformé, cette mauvaise conformation peut être congénitale ou peut être le résultat d'une exostose, obstacle empêchant de la sorte l'expulsion du fœtus.

L'embryotomie, si utilisée par les praticiens dans les cas de monstruosité chez nos grandes femelles est une opération quasi-impossible sur nos petites femelles carnivores, aussi sur elles devons-nous pratiquer soit la césarienne, soit l'hystérectomie, suivant l'état de l'utérus.

3° Affections survenant après le part

DÉCHIRURE UTÉRINE. — Lors d'un part pénible, des manœuvres obstétricales maladroites peuvent causer la déchirure de l'organe ; aussi pour éviter l'infection de l'organe et, par suite, la mort par péritonite, mieux vaut tenter l'hystérectomie.

MÉTRITE AIGÜE. — Cette affection peut être le résultat d'une non-délivrance ; en effet, les enveloppes foetales, en se putréfiant, donnent à la longue un liquide sanieux fétide que l'on voit couler par la vulve ; cet accident n'est pas très fréquent chez nos femelles multipares. Ce que nous constatons le plus fréquemment ce sont des affections de la matrice résultant d'opérations obstétricales laborieuses entraînant une inflammation de la muqueuse, par suite de la métrite qui passe généralement à l'état chronique.

MÉTRITE CHRONIQUE. — Cette affection résulte de l'irritation continuelle de la muqueuse utérine ; il coule bien un peu de pus à la commissure inférieure de la vulve ; en réalité il y en a une grande quantité qui stagne dans l'utérus ; le col de cet organe peut se relacher et c'est ce qui fait que par de lointaines intermittences nous constatons des rejets de produits muco-purulents fétides.

Cette affection entraîne chez le sujet une véritable misère physiologique ; la femelle n'est plus fécondée, elle devient triste, maigrit ; cette maigreur est accompagnée d'une certaine dilatation abdominale provenant de l'accumulation de pus dans la matrice qu'il

ne faut pas confondre avec l'ascite; si le col de la matrice est fermé, nous nous trouvons en présence d'un pyomètre. Quand il coule un peu de pus par la vulve, certain propriétaire observateur nous indique que le sujet se lèche la vulve et que son état général devient de plus en plus inquiétant.

De ce commémoratif nous concluons que l'ingestion de ce pus entraîne chez la chienne des désordres gastro-intestinaux qui contribuent pour une part à l'affaiblir.

Assurément, dans ce cas fréquent, l'hystérectomie s'impose, mais le pronostic est toujours très grave, d'autant plus grave que les propriétaires ne se soucient que de l'état de maigreur de leur chienne et croient arriver à une guérison en suralimentant leur animal; bientôt, trouvant leurs efforts vains, ils nous confient leur chienne alors qu'elle est très anémiée, soit en hyperthermie considérable, soit en hypothermie annonçant presque la période préagonique, malgré cet handicap déconcertant nous tentons l'opération.

Celle-ci, à coup sûr, est très téméraire, mais attendre plus longtemps serait attendre la mort du sujet. Or à quoi bon hésiter, mieux vaut risquer la chance, qui assurera peut-être encore un peu de vie à l'animal; tel est donc le raisonnement qui bien souvent nous pousse à opérer.

Des femelles parfois si débilitées ne supportent pas toujours l'intervention jusqu'à la fin et meurent de choc opératoire.

La cause de semblables accidents est pour une grande part imputable à la négligence des proprié-

taires, qui attendent le dernier moment pour nous confier leurs animaux.

Nous recommandons de ne pas opérer dans les cas: de glycosurie, d'albuminurie et de métrite tuberculeuse.

Préparation du sujet

Quand l'hystérectomie n'est pas urgente, c'est-à-dire lorsque l'état de santé du sujet est assez satisfaisant, il est de toute évidence de le bien préparer en vue de l'opération. Le laisser à la diète hydrique durant vingt-quatre heures au moins pour assurer le vide intestinal rendant l'utérus plus repérable au moment de l'opération. Nous recommandons, environ une heure avant celle-ci, d'assurer une toilette minutieuse du vagin afin de retirer les sécrétions mucopurulentes et de faire le cathétérisme de la vessie afin de la vider. Pour la toilette du vagin il faut utiliser un spéculum permettant de bien voir le col et, à l'aide d'un tampon de coton fixé au bout d'une baguette de verre, nous écouvillonnons soigneusement le col de l'utérus le plus loin possible; le tampon sera imbibé d'une solution antiseptique tiède à faible concentration. Nous retirerons ce tampon de coton et nous introduirons dans le vagin, à la faveur de l'ouverture faite par le spéculum, une gaze stérile; celle-ci sera maintenue en place par une sonde et l'on retirera le spéculum. Le but de ce drain de gaze est d'absorber le reste des mucosités en les empêchant de tomber

dans la cavité abdominale au moment de la section du col.

Ensuite la chienne est couchée sur le dos et l'on rase la face interne des cuisses; le ventre, jusqu'à un travers de main environ en avant de l'ombilic.

On décape à l'éther puis l'on fait une application d'alcool à 90°.

Chez la chatte, nous conseillons de ne point savonner, de ne pas raser; mais il faut faire usage d'une pâte épilatoire à base de chlorure de baryum; nous obtenons un beau champ opératoire très net.

ANESTHÉSIE. — Pour aussi paradoxal que cela puisse paraître, nous ne sommes guère partisan de faire une anesthésie totale chez les sujets débiles; personnellement nous avouons que des accidents mortels ne seraient pas survenus si l'on s'était contenté de faire une simple anesthésie partielle sur la ligne blanche à l'aide de la stovaïne ou d'un de ses succédanés.

Nous avons opéré plusieurs fois dans de semblables conditions et avec succès; si cette anesthésie partielle n'est pas suffisante, rien n'empêche, au cours de l'opération, de faire l'anesthésie chloroformique par inhalation de vapeurs de chloroforme. Cette dernière anesthésie, soigneusement menée, donne d'excellents résultats chez les chiennes résistantes; nous la pratiquons suivant la méthode jadis employée par Claude BERNARD et rectifiée par DASTRE et MORAT (Atropine-morphine-chloroforme).

Un quart d'heure avant de faire les inhalations de chloroforme on injecte en sous-cutanée 1/2 cc. aux chiennes de petite taille, 1 à 2 cc. aux chiennes de

taille moyenne, 3 à 4 cc. aux sujets de grande taille;
de la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine..... 10 cgr.

Sulfate neutre d'atropine..... 5 mgr.

Eau distillée 10 cc.

Quelques grammes de chloroforme suffisent pour
obtenir une anesthésie complète et durable.

Chez la chienne nous recommandons également
l'injection intrapéritonéale d'une solution de chloral
à 10 % à raison de 1 cc. 1/2 par kilogramme de poids
de l'animal.

La rachianesthésie offre beaucoup de garanties.
Il suffit d'employer une aiguille de 6 à 8 cm. de lon-
gueur et de 1 mm. de diamètre.

Le sujet est placé en position sterno-abdominale,
le train postérieur replié sous le rebord de la table;
l'aiguille est enfoncée lentement dans le VI^e espace
intervertébral, en arrière de la dernière apophyse
épineuse lombaire.

On laisse s'écouler un peu de liquide céphalo-rachi-
dien et l'on injecte 2 à 4 cc. de stovaïne à 2 %, très
lentement; ces doses ne sont pas très fixes puisque
le Docteur-Vétérinaire MENNERAT a signalé avoir fait
une injection de 8 cc. de la même solution sans acci-
dent.

L'injection doit durer environ trois minutes; ce
procédé, quoique très apprécié, cause des phénomènes
syncopaux mortels sur des chiennes très affaiblies,
aussi lui préfère-t-on, pour ces femelles, la simple
anesthésie locale.

En résumé, pour les chiennes assez fortes, nous
utilisons la méthode atropine-morphine-chloroforme;

pour les chiennes faibles, l'anesthésie locale à la stovaine.

Chez la chatte, les inhalations de chloroforme réussissent très bien, ainsi que les inhalations d'éther anesthésique.

Technique de l'opération

INSTRUMENTS :

Table opératoire basculante permettant une inclinaison de 50 degrés.

Après stérilisation, les instruments suivants sont utilisés :

- 1 bistouri convexe;
- 1 bistouri droit;
- 1 sonde cannelée;
- 1 pince à dents de souris;
- 1 porte-aiguille;
- 1 paire de ciseaux droits;
- 6 pinces à forcipressure;
- 5 pinces à champ;

2 pinces à mors longs et à pression douce dont les mors sont coiffés de gaze stérile ou de drain en caoutchouc;

- 3 aiguilles fines à suture;
- 1 aiguille de Reverdin.

Le matériel de suture comprend du catgut N° 0 et du tangut N° 00; de la soie, deux N° 0 et une N° 1.

Le champ opératoire est un linge bouilli fenêtré à la dimension de la laparotomie. A tout cela il faut

ajouter du coton, des compresses stériles en quantité voulue, sérum physiologique, sérum glucosé, alcool, éther, matériel à pansement.

Après anesthésie la chienne est placée la tête en bas par l'inclinaison de la table, qui est de 50 degrés.

L'opérateur et son aide s'aseptisent les mains soigneusement et utilisent des gants de caoutchouc également aseptiques.

1^{er} TEMPS : Le sujet étant placé à 50° en position dorso-lombaire et la tête en bas, l'on pratique la laparotomie sous-ombilicale suivant la technique classique.

L'incision est faite sur la ligne médiane allant en avant, un peu au delà de l'ombilic, et en arrière au bord antérieur du pubis (symphyse-ischio-pubienne); on rencontre successivement la peau, le tissu conjonctif (nous signalons ici la présence d'une veine dont il faut faire l'hémostase).

En avant du pubis et en limitant la pointe du bistouri, on ponctionne l'aponévrose commune aux muscles abdominaux, ainsi que le péritoine; par cette ouverture la sonde cannelée est dirigée suivant la direction de la ligne blanche et l'on ouvre l'abdomen d'arrière en avant.

La vessie faisant hernie la première est réclinée en arrière entre les cuisses du sujet et recouverte d'une gaze stérile imbibée d'eau préalablement bouillie.

En suivant l'urètre on arrive au vagin et il suffit de remonter ainsi jusqu'aux cornes utérines pour amener la matrice au dehors.

2° TEMPS : Les ovaires sont respectés et nous posons sous chacun d'eux un point de transfixion à la soie ; entre chacune de ces sutures et une forte pince hémostatique placée à la pointe de chaque corne utérine, nous sectionnons et tamponnons à la teinture d'iode les pédicules utéro-ovariens. Ouvrons ici une parenthèse sur la question de savoir si l'on doit laisser les ovaires ou les retirer.

« A ce sujet les avis sont partagés. Pour certains chirurgiens l'expérience leur a prouvé qu'il est préférable de laisser les ovaires afin d'éviter des troubles endocriniens; d'autres chirurgiens, au contraire, sont d'avis de faire l'ablation des ovaires. »

Ainsi nous avons relevé dans la « Gazette des Hôpitaux » (mois d'août 1934), l'opinion du Docteur PASCALIS, qui rapporte les observations de malades à qui on avait, au cours d'une hystérectomie, conservé un ovaire, et qu'il a dû réopérer pour mettre fin à des troubles divers dus à l'organe laissé en place.

L'impression que lui donne son expérience personnelle n'est pas très favorable à la méthode de la réserve ovarienne au cours de l'hystérectomie. »

Après la cautérisation des pédicules utéro-ovariens, les ligaments sont également sectionnés aux ciseaux, un peu au-dessus de leur insertion utérine.

Au préalable nous suturons quelques veines importantes qui irriguent ces ligaments. Pour éviter de perdre ces ligaments, nous les retenons à l'aide d'une pince hémostatique.

Ces deux manœuvres doivent être exécutées rapidement, de façon à basculer la masse utérine sur le champ aseptique entre les membres postérieurs du

sujet; puis nous obturons la plaie abdominale en posant deux ou trois pinces hémostatiques P¹P², ainsi que la figure 2 l'indique.

Les artères utérines étant de chaque côté noyées dans la musculature du corps de l'utérus, on devine cependant leur présence par les veines superficielles qui les accompagnent.



FIGURE 2

P¹P² : Pinces assurant l'occlusion de la plaie opératoire.

A¹B¹ : Sutures des artères et veines utérines.

M : Pince chaussée de gaze.

CD : Ligne suivant laquelle le corps de l'utérus est sectionné.

Or, en contournant largement la veine avec une aiguille courbe, on prend en même temps l'artère

dans la ligature (A^1B^1 , figure 2). Il est préférable de poser les ligatures A^1B^1 le plus loin possible du col.

Nos ligatures de vaisseaux sont faites à la soie.

3° TEMPS : Appliquons, en avant de A^1B^1 , soit sur le col de l'utérus si nous voulons faire une hystérectomie totale, soit sur le corps de l'utérus si nous voulons faire une hystérectomie sub-totale, une pince à longs mors préalablement coiffée de gaze ou de drains de caoutchouc stériles afin de ne pas meurtrir l'organe. A l'aide d'une pince N, en la serrant à peine, nous refoulons à partir de la pince M, vers la bifurcation des cornes utérines, le liquide utérin; puis, arrivé au voisinage de la bifurcation, nous serrons cette pince à fond. Si nous sectionnons suivant CD nous faisons l'hystérectomie sub-totale.

Nous retirons la masse utérine isolée et tamponnons le moignon à la teinture d'iode. Si le refoulement a été bien fait, on ne doit pas avoir de pus lors de la section.

4° TEMPS : Après cette section, assurons la suture perforante des lèvres du moignon par un surjet au tangut assez fin qui a la propriété de se résorber assez lentement, contrairement à la soie qui, en se résorbant très lentement, joue le rôle de corps étranger et produit de la suppuration.

5° TEMPS : Si nous ne pouvons sectionner l'utérus au niveau du col, nous sommes obligés de le faire suivant CD, c'est-à-dire sur le corps utérin.

En sectionnant l'utérus en CD, l'invagination est laborieuse, car il s'agit de faire rentrer une partie élargie dans une partie plus rétrécie; inversement si

la section est faite assez près du museau de tanche on invagine une partie rétrécie dans une partie plus large de l'organe représentée par le vagin, et notre invagination, tout en étant plus aisée, tient mieux.

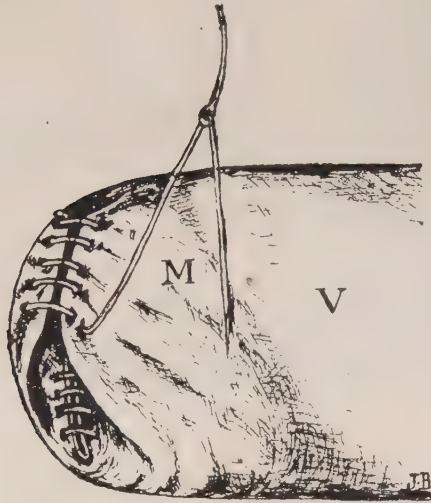


FIGURE 3

Invagination de la suture perforante par la suture séro-séreuse.
M : Moignon. V : Vagin.

La suture séro-séreuse d'enfouissement se fait avec du tangut en surjet. Des pressions exercées à l'aide du bec de la sonde cannelée ou avec l'extrémité des pinces à dents de souris favorisent cet enfouissement.

De plus, en sectionnant en CD, avons-nous dit, nous laissons une poche entre l'extrémité du moignon et le col utérin, qui peut collecter du pus et entraîner la mort par péritonite.

Enfin, pour réduire au minimum les risques d'infection, nous encapuchonnons le moignon dans celui des deux ligaments larges paraissant le plus adéquat à l'opération.

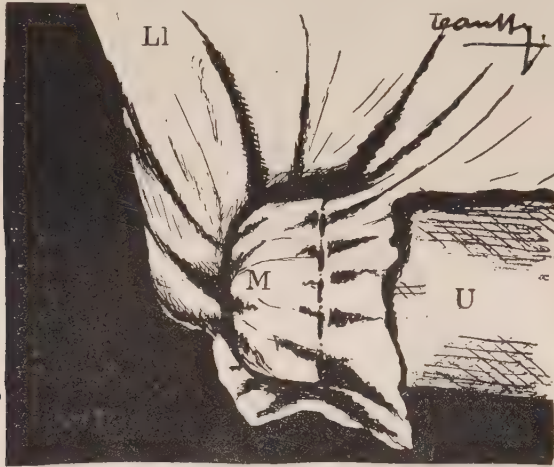


FIGURE 4

Protection du moignon par le ligament large.

Ll : Ligament large.

M : Moignon.

V : Vagin.

Ce ligament est fixé au moignon par une simple suture en bourse et le ligament se soude au moignon, ainsi qu'une autopsie nous a permis de le constater.

6° TEMPS : L'opération terminée, le praticien doit assurer la toilette du péritoine et, à l'aide de tampons aseptiques, il éponge les liquides qui ont pu s'écouler. Ensuite nous recommandons de verser sur le moignon ainsi emmaillotté 5 cc. de sérum polyvalent de Leclainche et Vallée. Il faut s'assurer de l'hémostase,

en particulier des artères utérines en A¹B¹, ainsi que du tronc commun aux deux branches utérines; si une ligature donne quelque inquiétude, il est recommandé de la renforcer d'urgence. Vérifier si aucune compresse n'a été oubliée, s'il n'y a ni liquide, ni hémorragie; il ne reste plus qu'à occlure la cavité abdominale.

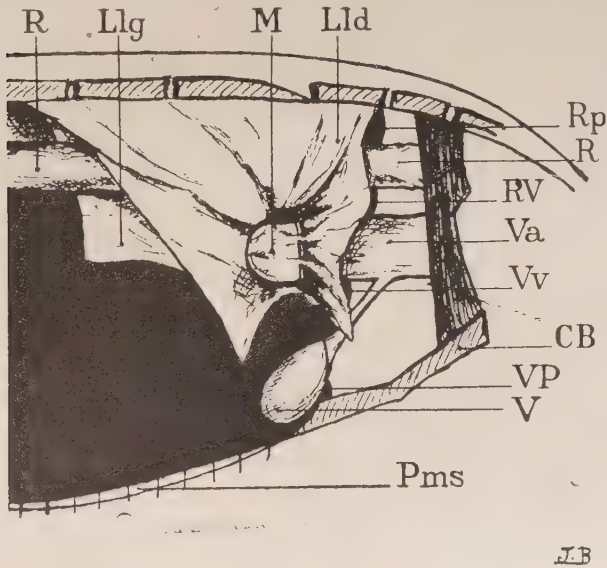


FIGURE 5

Position du moignon dans l'abdomen après l'opération.

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| R : Rectum. | Va : Vagin. |
| Llg : Ligament large gauche. | Vv : Cul-de-sac vésico-vaginal. |
| M : Moignon traité. | V : Vessie. |
| Lld : Ligament large droit. | VP : Cul-de-sac vésico-pariétal |
| RV : Cul-de-sac recto-vaginal. | Pms : paroi musculaire suturée. |
| Rp : Cul-de-sac recto pariétal. | |

La suture musculaire est assurée par des points faits à l'aiguille de Reverdin avec du tangut et distante de 1 centimètre.

En choisissant du tangut assez gros, nous arrivons à occlure l'abdomen d'une manière solide et durable.

Ce tangut, qui n'est autre que du catgut chromé, vu sa résorption lente, nous a toujours donné entière satisfaction.

La suture de la peau est faite à la manière de la suture musculaire, non avec du tangut, mais avec de la soie solide.

Aussi ces deux plans de suture sont suffisamment résistants pour éviter l'éventration.

Entre ces deux plans on peut interposer un drain de gaze sec et stérile que l'on conseille de retirer au bout de deux jours.

Le champ opératoire est retiré et la plaie est légèrement tamponnée à la teinture d'iode; puis on termine par le pansement en appliquant au contact de la plaie une gaze stérile, puis une bonne épaisseur de coton et l'on tient le tout par une toile.

Pour éviter que la chienne arrache ses points de sutures il faut avoir la précaution de la museler et de lui sangler l'abdomen dans une sorte de tablier en cuir épais.

Chez les chattes et les chiennes de petite taille on peut se servir d'une large bande de flanelle que l'on enroule autour du ventre et en la passant entre les membres postérieurs.

SOINS CONSECUTIFS

L'opération terminée, il est recommandé d'injecter par voie sous-cutanée 5 cc. d'huile camphrée au quart et, suivant la taille du sujet, 35 à 50 cc. de sérum caféiné ou de sérum glucosé.

L'opérée sera placée au chaud et recevra pour toute alimentation, à partir du deuxième jour, pendant cinq jours, de petites quantités de lait sucré. Nous n'insisterons pas sur le fait de sucrer le lait, il est reconnu de tous que le sucre est un bon aliment et un excellent diurétique.

Il faudra procéder plusieurs fois par jour à une surveillance attentive du sujet et prendre régulièrement sa température; s'il vient à faiblir, ne pas hésiter à lui injecter 5 cc. d'huile camphrée au quart par voie sous-cutanée et par jour : avoir recours également, suivant l'état général, au sérum physiologique caféiné ou au sérum glucosé.

L'alimentation habituelle sera reprise progressivement à partir du sixième jour après l'opération.

Le pansement primitif est laissé pendant deux, trois ou quatre jours, suivant que le sujet accuse de la fièvre ou qu'il n'en accuse pas.

Le quatrième jour, en général, il faut retirer quelques points de la suture cutanée, laver la plaie à l'éther, refaire le pansement chaque jour et apporter beaucoup de soins à la toilette de la plaie; les projections d'une solution ionisée dite « électrosérum », ainsi que nous l'avons dit précédemment, nous ont donné de bons résultats dans la toilette de ces plaies et en accentuaient la cicatrisation.

Si l'on ne peut faire ces irrigations, assurer l'antiseptie de la plaie par des antiseptiques variés à de faibles concentrations, puis la sécher et la tamponner avec une poudre cicatrisante telle que du dermatol ou de l'iodoforme combiné avec du salol et de l'acide borique.

Par suite d'échecs opératoires nous renonçons à ce procédé chez la chatte, chez laquelle il vaut mieux recourir au procédé de PORRO. La fragilité du ligament large ne nous a pas permis d'assurer une occlusion parfaite du moignon.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Chienne berger, 7 ans; dystocie; M. B..., à Montreuil. La gestante est en difficulté de part depuis trois jours et ne prend aucun aliment depuis cinq jours. Son état général est d'autant plus inquiétant qu'elle ne présente qu'une température de $36^{\circ}5$; à cette hypothermie s'ajoute un écoulement vulvaire putride qui vient assombrir le pronostic.

En la circonstance l'hystérectomie s'impose. Vu la pâleur des muqueuses, le grand affaiblissement du sujet, nous nous contentons de faire une anesthésie locale à la stovaïne sur la ligne blanche.

Après laparotomie, l'utérus nous apparaît énorme et noirâtre. Nous voyons quelques traces de péritonite. Nous sectionnons au milieu du corps utérin et nous écouvillonnons l'intérieur de ce moignon avec un tampon de teinture d'iode; nous pratiquons ensuite une suture perforante des lèvres du moignon, une suture d'enfouissement séro-séreuse et recouvrons le moignon avec le ligament large qui nous a semblé le plus apte à l'opération; nous le fixons dans cette position par une suture en bourse au catgut. Injection sous-cutanée de 40 cc. de sérum caféiné.

La chienne meurt le lendemain de l'opération. L'autopsie révèle des traces de péritonite et un foie dégénéré.

OBSERVATION II

Chienne fox-terrier à poil ras, 6 ans, dystocie. M. R..., rue Carnot, à Noisy-le-Sec. *

Chienne en difficulté de part depuis cinq jours; a reçu à deux reprises des injections de pituilobine (dose pour chienne) sans résultat; des manœuvres obstétricales tentées avec des forceps par des vétérinaires sont restées également vaines.

On constate un léger écoulement vulvaire putride, une muqueuse vaginale tuméfiée et meurtrie.

Sur la demande du propriétaire l'hystérectomie est décidée.

Après l'anesthésie locale et laparotomie, nous remarquons qu'un fœtus est à demi sorti dans l'abdomen par suite d'une rupture ancienne de la matrice au niveau du col.

Cette rupture s'étend même au vagin et une certaine quantité de liquide putride est collectée dans l'abdomen, ayant déjà provoqué quelques traces de péritonite. L'hystérectomie est faite en essayant non pas notre technique, qui était impossible à utiliser en la circonstance, mais en opérant suivant la technique de PORRO.

La chienne meurt le lendemain de péritonite.

OBSERVATION III

Chienne fox-terrier à poil ras, 5 ans, métrite chronique. M. S..., 37, rue Lafayette, Paris.

Depuis trois mois présente un écoulement vulvaire intermittent, des irrigations antiseptiques furent ordonnées, et bien qu'ayant suivi scrupuleusement les ordonnances, nous dit le propriétaire, aucune amélioration ne fut constatée; bien au contraire, l'écoulement devenait chaque jour plus abondant. Or, sur la demande pressante du propriétaire, nous décidons l'opération suivant la méthode de protection du moignon par le ligament large. La méthode mixte d'anesthésie est employée (atropine, morphine, chloroforme).

Après laparotomie nous voyons un utérus légèrement hypertrophié, en l'incisant le liquide qu'il contenait n'était pas très abondant; mais la muqueuse, d'un aspect velouté, était très hypertrophiée, ce qui nous expliquait pourquoi elle laissait sourdre par intermittence un liquide muco-purulent jaunâtre.

La température, le 24 janvier 1934, jour de l'opération, était de 38°4, et les jours suivants elles furent :

le 25 janvier		39°2
le 26 —		38°9
le 27 —		38°9
le 28 —		38°4
le 29 —		38°6
le 30 —		38°9
le 31 —		38°5
le 1 ^{er} février		38°9
le 2 —		38°6

Ce jour, 2 février, le sujet est remis au propriétaire.

Le 26 nous avons retiré le pansement primitif et, durant les 25, 26, 27, 28, l'alimentation consistait en un peu de lait sucré; le 28, le sujet prenait un peu de viande et, depuis cette date, nous avons repris progressivement l'alimentation habituelle; le 31, les points de suture sont retirés, la plaie bourgeonnant très bien, nous demandons au propriétaire de vouloir bien en assurer lui-même l'asepsie à l'aide d'un antiseptique léger et de poudrer la plaie une fois par jour avec du dermatol.

OBSERVATION IV

Chienne Loulou de Poméranie, 12 ans, métrite chronique. Mme N..., 102, rue de Crimée, à Paris.

Depuis trois mois présente un écoulement vulvaire allant en progressant, l'opération est décidée. Le sujet étant gras et emphysémateux, nous renonçons aux inhalations de chloroforme et nous nous contentons de faire une anesthésie locale à la stovaïne sur la ligne blanche.

Après laparotomie et isolement des ovaires, nous sectionnons sur le col utérin, au voisinage du museau de tanche; nous réussissons un enfouissement parfait du moignon (Sérum polyvalent). La température, qui était de 38°6 le jour de l'opération, le 25 février 1934, ne subit, par la suite, aucune élévation ni aucune diminution appréciables, ainsi que l'indique le tableau suivant :

le 26 février	39°1
le 27 —	38°9
le 28 —	38°7
le 1 ^{er} mars.....	38°8
le 2 —	39°2
le 3 —	38°8
le 4 —	38°4
le 5 —	38°9
le 6 —	38°6
le 7 —	38°5

Deux jours après l'opération, nous avons enlevé le pansement et étant en présence d'un peu de pus, nous nettoyons la plaie. Cette toilette est assurée journellement par des irrigations d'électrosérum qui nous donnent entière satisfaction; journellement aussi nous remplaçons le pansement et après dix jours de soins la guérison est assurée.

OBSERVATION V

Chienne cocker, 8 ans, atteinte de métrite aiguë depuis trois semaines, consécutive à une gestation dystocique. M. T..., à Créteil.

Le traitement médical institué n'a pas réussi. L'hystérectomie est exécutée. Anesthésie totale par la méthode mixte (atropine, morphine, chloroforme).

La température, le jour de l'opération, est de 40°8; le sujet, quoique abattu, semble encore résistant.

Après laparotomie, nous sommes en présence d'un gros utérus très irrigué; l'opération est pratiquée

suivant notre technique de péritonisation et nous respectons les ovaires. 10 cc. de sérum polyvalent Leclainche et Vallée sont versés dans l'abdomen.

Après l'opération, vu la faiblesse du sujet, nous lui injectons 5 cc. d'huile camphrée au quart et 30 cc. de sérum glucosé.

Le lendemain la chienne est extrêmement faible ; les muqueuses buccales et oculaires sont d'une pâleur inquiétante.

Nous injectons 5 cc. d'huile camphrée au quart.

La température est de 41°2. Le pronostic est très sombre. Le lendemain nous arrivons près du sujet pour assister à son agonie.

A l'autopsie on ne remarque pas de péritonite, mais une pneumonie massive qui explique la mort rapide du sujet. Nous attribuons cet échec à ce fait qu'après l'opération le sujet s'est débattu, s'est découvert et a pris froid.

OBSERVATION VI

Chienne fox-terrier à poil ras, 11 ans, métrite chronique dure depuis quatre mois. M. F..., 15, rue de la Concorde, à Maisons-Alfort.

Les irrigations utérines prescrites ultérieurement s'étant avérées inefficaces, l'hystérectomie est décidée. Au préalable le sujet a été anesthésié par la méthode mixte (atropine, morphine, chloroforme). La température est de 38°5. L'opération est pratiquée suivant la technique habituelle le 9 mars 1934.

Laparotomie, isolement des ovaires et section sur le col pour obtenir une bonne invagination.

Les pédicules utéro-ovariens sont suturés par un point de transfixion.

Le lendemain 10, le sujet présente un état de santé satisfaisant avec 38°9 de température; le 11, le sujet prend du lait; le 12, nous retirons le pansement et assurons la toilette de la plaie; le 13, le sujet prend un peu de viande; le 14, le sujet est considéré comme sauvé; le 15, au matin, le sujet est toujours très gai et s'alimente normalement; à 1 heure de l'après-midi, l'état de santé est toujours excellent; à 4 heures, il est trouvé mourant. A l'autopsie on constate que la cavité abdominale, les intestins sont souillés de sang; après avoir lavé l'abdomen on ne voit pas trace de péritonite, mais une suture d'un pédicule utéro-ovarien a cédé et le sujet est mort d'hémorragie interne.

Cette autopsie a été fructueuse et nous a permis de voir que le ligament se soudait bien au moignon, ainsi que nous l'avons annoncé.

OBSERVATION VII

Chienne berger allemand, 4 ans, métrite chronique depuis deux mois. M. B..., 36, rue du Marché, Malakoff.

D'après le propriétaire, les diverses irrigations antiseptiques se sont montées inefficaces et l'écoulement devient chaque jour plus abondant. Le propriétaire demande une intervention chirurgicale.

L'hystérectomie est donc tentée le 30 avril 1934. Avant l'intervention, le sujet était en parfait état de santé; cependant, un certain amaigrissement avait été constaté depuis cette affection; lors de l'opération il présentait une température de 38°5. L'anesthésie est faite par la méthode mixte déjà citée. Après la laparotomie l'utérus nous apparaît turgescent et hypertrophié; l'opération, exécutée suivant notre technique, se fit avec facilité, vu la présence de solides ligaments larges; notons que sur ces ligaments nous avons ligaturé plusieurs vaisseaux assez volumineux irriguant les cornes utérines.

Le sujet sort de nos hôpitaux au bout de dix jours et les températures prises chaque matin étaient sensiblement voisines de la température normale et étaient les suivantes :

le 1 ^{er} mai	38°9
le 2 —	38°9
le 3 —	38°7
le 4 —	39°1
le 5 —	38°8
le 6 —	39°6
le 7 —	38°9
le 8 —	38°6
le 9 —	38°8
le 10 —	38°6

Le 6, après avoir retiré le pansement, nous remarquons qu'un point de suture avait cédé.

Ce qui nous explique l'hyperthermie c'est qu'à la faveur de la rupture l'épiploon a fait hernie sur une longueur de 5 centimètres.

Aseptiquement nous réduisons cet épiplocèle et

posons deux points de suture à la soie sur la paroi abdominale musculaire, ainsi que deux autres points de suture sur la peau; cet accident nous fait redouter un échec; la chienne est surveillée durant la journée; à notre grand étonnement elle ne semble pas souffrir et boit avidement le lait qui lui est présenté.

Le 7, le sujet est très gai et prend volontiers un peu de viande; le 8, il s'alimente très bien; le 10, la plaie est à peu près fermée; le propriétaire reprend son animal; nous lui conseillons de donner à cet animal une alimentation concentrée, nourrissante, mais peu abondante; nous le prions également de nous ramener l'opérée pour lui retirer, dans trois jours, les points de suture laissés, ce qui fut fait par la suite.

NOTIONS SUR L'HYSTERECTOMIE ABDOMINALE PARTIELLE PRATIQUEE DANS LES CAS DE FIBROMES CHEZ LA FEMME

Nous avons emprunté ces notions au *Manuel* de technique chirurgicale du Professeur G. MARION, afin de comparer succinctement la méthode de péritonisation en chirurgie vétérinaire à la méthode de péritonisation en chirurgie humaine lors d'hystérectomie.

Technique opératoire en chirurgie humaine

1° LAPAROTOMIE.

2° MISE EN PLACE DU TIRE-BOUCHON TRACTEUR SUR LA PARTIE SUPÉRIEURE DU FIBROME.

3° SECTION DES PÉDICULES SUPÉRIEURS DE L'UTÉRUS (pédicules utéro-ovariens et ligament rond).

4° LIBÉRATION DE LA FACE ANTÉRIEURE DE L'UTÉRUS.
La section du péritoine des pédicules sera prolongée soit aux ciseaux, soit au bistouri, devant la face antérieure de l'utérus, un peu au-dessus du cul-de-sac utérin. Puis, avec une compresse, on refoulera en bas le péritoine et la vessie que l'on décollera de la face antérieure de l'utérus pendant qu'on attirera forte-

ment celui-ci en haut. La libération de la face antérieure de l'utérus au cas d'hystérectomie partielle n'a besoin d'être poussée aussi à fond que lorsqu'il s'agit de pratiquer une hystérectomie totale; il est très facile et très rapide d'opérer ce décollement que l'on ne prolongera que jusque sur la partie moyenne du col.

5° PINCÈMENT DES ARTÈRES UTÉRINES.

6° SECTION DU COL AU NIVEAU DE SA PARTIE MOYENNE.

7° TRAITEMENT DU MOIGNON UTÉRIN. — Immédiatement après que le champ opératoire aura été débarrassé de la tumeur on fermera le col par un surjet de catgut qui rapprochera les parois antérieure et postérieure et fera en même temps l'hémostase, déjà du reste à peu près complète.

Certains chirurgiens font au bistouri un évidement conoïde du col, de façon à faciliter sa suture; cette pratique n'est qu'une complication, peu importe la façon dont le col est suturé.

Le surjet commencera sur le bord de l'utérus, de telle façon que le premier nœud enserrera l'artère utérine; le dernier point et le nœud terminal enserreront l'artère utérine de l'autre côté.

De cette façon on n'aura pas à se préoccuper des pédicules utérins.

8° LIGATURE DES PÉDICULES SUPÉRIEURS. — Chacun des pédicules supérieurs sera lié au moyen d'un fil de catgut passé à travers le pédicule avec une aiguille de Reverdin et noué d'un côté, puis de l'autre. De cette façon il n'aura pas tendance à glisser.

9° RÉVISION DE LA PLAIE AU POINT DE VUE DE L'HÉMOSTASE. — Nettoyage du péritoine qui enlèvera le sang et les caillots qui peuvent s'y trouver.

10° PÉRITONISATION. — La péritonisation commencera par l'enfouissement du moignon des pédicules supérieures d'un côté.

Le surjet qui va maintenir la péritonisation ramènera les feuilles du ligament large par dessus ces moignons, de façon à les cacher complètement.

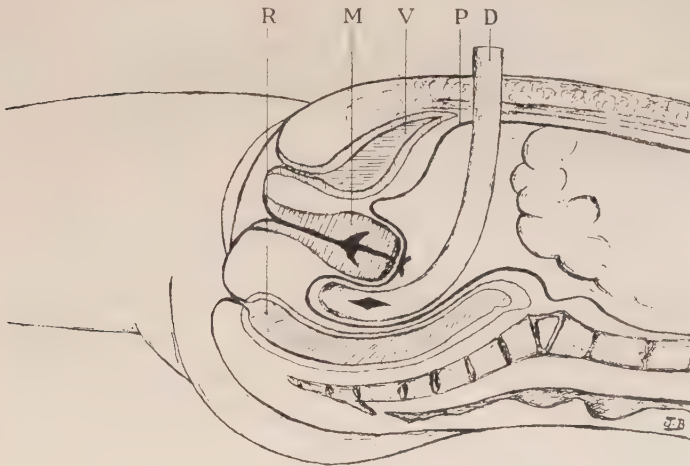


FIGURE 6

Coupe montrant le col utérin fermé (M) recouvert par le péritoine (P) et le drainage abdominal

D : Drain de caoutchouc.

R : Rectum.

V : Vessie.

P : Péritoine.

M : Moignon recouvert par le

Au niveau du moignon du col le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin sera ramené par-dessus lui et suturé au péritoine de la face postérieure du col par le surjet.

Le surjet se terminera du côté opposé à celui où

on l'a commencé en ramenant encore le péritoine par-dessus le pédicule.

DRAINAGE ET FERMETURE DE LA PLAIE ABDOMINALE

Drain placé dans le cul-de-sac de Douglas.

Fermeture de l'abdomen faite suivant les règles.

REMARQUES

Nous allons nous permettre de discuter et de comparer très succinctement les méthodes utilisées en chirurgie humaine et en chirurgie vétérinaire.

La péritonisation en chirurgie humaine paraît facile ; en effet, le professeur MARION ne dit-il pas : « Il est très facile d'opérer le décollement du péritoine. » En chirurgie vétérinaire, la chose est loin d'être aisée, vu la fragilité de cette séreuse chez nos petites femelles domestiques. Le professeur COQUOT a bien réalisé la péritonisation chez les femelles carnivores à la façon des chirurgiens de l'homme ; mais ce décollement du péritoine demande une telle minutie chez la chienne, qu'il est préférable, à notre avis, d'utiliser le ligament large, ainsi que nous venons de l'indiquer ; nous ne devons pas cacher que l'opération précédemment décrite est longue et laborieuse, il faut bien avec les différentes sutures ; enfouissement du moignon et sa péritonisation par le ligament large, compter trois quarts d'heure de travail pour un praticien déjà bien expérimenté ; c'est bien là, pensons-nous, le grave reproche que l'on puisse faire à la méthode : n'oublions pas que nous suturons des organes fragiles et petits.

Si nous ne pouvons appliquer la technique humaine à nos carnivores domestiques qu'avec beaucoup de difficultés, n'est-il pas plus sage d'essayer de se servir

des ligaments larges que nous abandonnons, voire même que nous supprimons très souvent ?

Nous n'avons pas la prétention d'avoir tout dit au sujet de l'utilisation de ces ligaments, nous relevons simplement ce fait qu'il serait peut-être possible de tenter d'autres expériences où l'on puisse leur faire jouer le rôle de « pièce ».

Il serait vain de préconiser une seule méthode et de dire : seule celle-ci est excellente ; ainsi que nous le mentionnons au début de ce travail, il faut que le chirurgien adapte sa méthode aux circonstances qui se présentent à lui.

Si les ligaments larges ne sont guère adéquats, si le vagin est très court et que l'on redoute des difficultés pour faire l'enfouissement, il n'est pas douteux qu'il soit bien préférable de songer, par exemple, à la méthode de PORRO. Cette méthode de marsupialisation est la seule, croyons-nous, vraiment valable chez la chatte, cet animal n'attaque pas ses points de suture comme la chienne tend à le faire.

Cette dernière, en se remuant, produit des tiraillements de la part du moignon sur la plaie abdominale, retardant alors la cicatrisation de cette plaie.

De plus, la disparition du moignon à l'extérieur de la plaie est assez longue à se produire ; donc tiraillements d'une part et moignon à l'extérieur d'autre part, sont deux inconvénients qui facilitent l'apparition de deux autres, savoir : l'éventration et l'infection péritonéale.

Cependant, ne lançons pas le discrédit sur une méthode qui depuis longtemps a fait ses preuves ; elle donne souvent d'excellents résultats.

Cette méthode de Porro est moins téméraire que celle qui consiste à poser soit un point de transfixion, soit une simple ligature sur le corps utérin, puis à sectionner devant cette ligature et à faire l'asepsie du moignon en le tamponnant à la teinture d'iode ou en cautérisant au thermocautère. Si en agissant de la sorte on réalise une hémostase correcte, en revanche on s'expose au grave inconvénient de laisser dans la cavité abdominale un moignon dont la mortification implique bien souvent la péritonite, car l'asepsie du moignon n'est que très rarement complète.

Cette asepsie du moignon est réalisée parfois naturellement si, au préalable, l'utérus contenait un liquide aseptique comme le cas se présente de temps en temps chez la chatte et alors l'opération réussit ; hormis cette exception, affirmons qu'avec cette méthode l'échec est la règle.

CONCLUSION

Nous avons voulu grouper et commenter dans ce travail quelques procédés d'hystérectomie, de façon à en faire une étude d'ensemble.

Par cet exposé, notre but a été de présenter un procédé qui nous a donné quelques résultats encourageants.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir trouvé une technique supérieure à celles déjà utilisées ; nous sommes simplement venu apporter à la délicate question de l'hystérectomie le fruit de notre travail personnel.

Notre méthode paraît augmenter les chances de réussite : mais elle est laborieuse et exige du praticien une attention soutenue pendant toute la durée de l'opération ; aussi est-elle peu attrayante.

En un mot, c'est un procédé de péritonisation capable d'être utilisé par tout praticien patient, ayant un peu de dextérité manuelle.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.
PROUST.

Vu et permis d'imprimer
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE.
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BRON. — Technique de l'hystérectomie chez la chienne.
Recueil de Médecine Vétérinaire, Janvier 1932.
- BERGEON. — Sur l'hystérectomie. *Revue Vétérinaire*,
1906.
- BOURNAY et ROBIN. — Obstétrique vétérinaire.
- CHARMOY. — Hernie inguinale chronique chez une
chienne. Rétention de fœtus. Hystérectomie.
Recueil de Médecine Vétérinaire, 1914-1915.
- CADIOT. — *Précis de Chirurgie Vétérinaire*.
- CUILLIÉ. — *Revue Générale de Médecine Vétérinaire*,
1905.
- COURRÈGES. — Contribution à l'étude de l'Hystérec-
tomie chez nos petites femelles domestiques.
Thèse, 1931.
- CUNY. — *Recueil de Médecine Vétérinaire*, 1906.
péritonisation du moignon. *Recueil de Médecine
Vétérinaire*, 1914-1915.
- COQUOT et LAMY. — Remarques au sujet de la techni-
que de l'hystérectomie chez la chienne. *Recueil*
- COQUOT, LEBASQUE, MENNERAT. — L'hystérectomie
chez la chienne et la chatte. Technique de la
de Médecine Vétérinaire, janvier 1931.
- ELLENBERGER et BAUN. — Anatomie du chien.
- EAUDEMER. — Hystérectomie abdominale chez les car-
nivores domestiques. *Thèse*, 1929.

LE GALL. — Contribution à l'étude du col de l'utérus.
Thèse, 1934.

LEBRUN. — Recherches bactériologiques sur quelques
cas d'affection utérine chez les carnivores, 1933.

LESBOUYRIÈS. — Cours d'obstétrique, 1931-1932.

MARION. — *Manuel de technique chirurgicale.*

MOUSSU (R.). — Sur la pathogénie de certaines métrites
de la chienne et de la chatte. *Recueil de Méde-*
cine Vétérinaire, novembre 1929.

PASCALIS. — A propos d'hystérectomie. *Gazette des*
Hôpitaux, août 1934.

SAINT-CYR et VIOLET. — *Traité d'obstétriquevétéri-*
naire.

SIMON. — *Recueil de Médecine Vétérinaire*, 1906.

TASKIN. — *Revue Générale de Médecine Vétérinaire*,
1927.

— Hystérectomie par suite d'avortement. *Bulle-*
tin de l'Académie Vétérinaire, février, 1932.

TEWFICH. — *Thèse de Docteur vétérinaire*, 1927.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
De l'historique	13
De l'historique en chirurgie vétérinaire.....	15
Anatomie des organes génitaux.....	19
Vascularisation des organes génitaux.....	24
Les affections de l'utérus nécessitant l'hystérectomie....	27
Préparation du sujet.....	31
Technique de l'opération.....	34
Soins consécutifs	43
Observations	45
Notions sur l'hystérectomie abdominale partielle prati- quée dans le cas de fibromes chez la femme.....	55
Remarques	59
Conclusion	63
Bibliographie	65



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



